###### **TERMO DE RESPONSABILIDADE E INFORMAÇÃO DE SAÚDE**

###### Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo estudante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado na Escola Pública \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante o presente instrumento, declaro responsabilizar-me pelas informações aqui prestadas como verdadeiras, corretas e completas.

###### As doenças ou lesões consideradas preexistentes e de conhecimento do responsável pelo intercambista no ato da assinatura do contrato, não serão cobertas pelo seguro saúde contratado pelo Programa de Intercâmbio Internacional.

###### **INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

###### Faz uso de prótese ou órtese (pinos, parafusos, placas, fios e outros)?

######  (\_\_) NÃO (\_\_)SIM

###### Qual?

###### Faz uso de aparelho ortodôntico (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Usa aparelho para surdez? (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Se SIM, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Usa algum tipo de medicamento de uso contínuo? (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Se SIM, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Já fez terapia com algum psicólogo? (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Se SIM qual o motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Já fez algum tratamento psiquiátrico? (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Se SIM qual o motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Já teve alguma crise nervosa? (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Se SIM qual o motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### É pessoa com deficiência especial? (\_\_) NÃO (\_\_) SIM

###### Se SIM, que tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Tem alguma dificuldade motora (de andar, de equilíbrio, de escrever)?

######  (\_\_)NÃO (\_\_)SIM Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Já foi hospitalizado alguma vez? (\_\_)NÃO (\_\_)SIM

###### Se SIM qual o motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Já desmaiou? (\_\_)NÃO (\_\_)SIM

###### Se SIM qual o motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Já fez alguma cirurgia? (\_\_) NÃO (\_\_)SIM

###### Se SIM qual o motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Toma algum medicamento regularmente? (\_\_) NÃO (\_\_)SIM

###### Se SIM quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Tem alguma doença crônica (que persiste por mais de 3 meses)?

###### (\_\_) NÃO (\_\_) SIM Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### É alérgico? (\_\_) NÃO (\_\_)SIM

###### Se SIM, a quê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Marque um “x” nas doenças/situações abaixo que você já teve ou tem.

###### (\_\_) Tuberculose (\_\_) Sarampo (\_\_) Úlcera

###### (\_\_) Catapora (\_\_) Asma (\_\_) Herpes

###### (\_\_) Diabetes (\_\_) Artrite (\_\_) Hepatite

###### (\_\_) Malária (\_\_) Febre Reumática (\_\_) Papeira

###### (\_\_) Anemia (\_\_) Epilepsia/Convulsões (\_\_) Anorexia

###### (\_\_) Pólio (\_\_) HIV/AIDS (\_\_) Enxaqueca

###### (\_\_) Bulimia (\_\_) Tentativa de Suicídio (\_\_) Desmaios

###### (\_\_) Depressão (\_\_) Gastrite (\_\_) Doenças Venéreas

###### (\_\_) Hérnia (\_\_) Rubéola (\_\_) Sonambulismo

###### Declaro ciência, como responsável pelo intercambista que possua qualquer doença preexistente, que deverei arcar com os custos de possível tratamento relacionados a essas doenças (enquanto estiver fora do país), ou seja, nesse caso, terei que arcar com o pagamento das despesas referentes ao tratamento da doença ou lesão omitida, bem como arcar com as despesas de tratamento dentário que o intercambistas vier sofrer durante o período fora do Brasil.

###### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Assinatura do responsável